MÉMOIRE

SUR

LA RÉTENTION D'U

CHEZ LE FŒTU

par suite d'imperforation des canaux e

PAR

M. LE Dr DUPARCQUE

[illegible] DE LA LÉGION-D'HONNEUR, MEMBRE RÉSIDEN
ET DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINS DE PARIS, DU 4e ARR
ET MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE RO
[illegible] DE TURIN DES SOCIÉTÉS DE MÉD
DE BORDEAUX, HAMBOURG, ETC

Extrait des ANNALES D'OBSTÉTRIQUE, des Maladies des
[illegible] — Libraire de Germ

PARIS.
IMPRIMERIE DE JULES-JUTEAU, RUE SAINT-D

1860

MÉMOIRE

SUR

LA RÉTENTION D'URINE

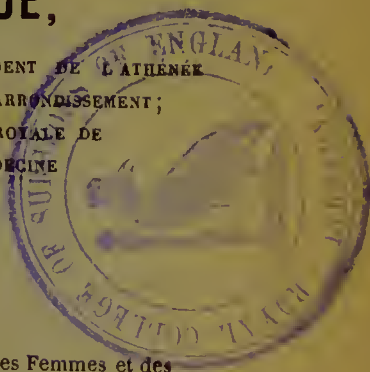
CHEZ LE FŒTUS

par suite d'imperforation des canaux excréteurs

PAR

M. LE DR DUPARCQUE,

HEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, MEMBRE RÉSIDENT DE L'ATHÉNÉE
ET DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINS DE PARIS, DU 4e ARRONDISSEMENT;
ET MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE
MÉDECINE DE TURIN, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE BORDEAUX, HAMBOURG, ETC.



(Extrait des ANNALES D'OBSTÉTRIQUE, des Maladies des Femmes et des Enfants, 1842, tome II, page 178 — Librairie de Germer-Baillière).

PARIS.

IMPRIMERIE DE JULES-JUTEAU, RUE SAINT-DENIS, 341.

1860.

Monsieur le Docteur Depaul lisait, le 26 février 1850, à l'Académie de Médecine, un Mémoire sur la distension de la vessie par rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale.

J'allais élever une réclamation d'antériorité, si ce n'est de priorité sur ce même sujet, déclaré par l'auteur « peu connu, si l'on en juge par le silence presque absolu des auteurs spéciaux. » Mais j'ai été retenu alors par la crainte de nuire peut-être à la candidature d'un jeune confrère estimable, qui présentait son Mémoire à l'Académie à l'appui de sa demande.

J'avais, en effet, publié en 1842 un Mémoire, dans lequel je développais les remarques et considérations, exprimant exactement toutes celles que M. Depaul a résumées dans ses conclusions (1) relatives à la physiologie fœtale, aux conséquences de cet état pathologique pour l'accouchement; au diagnostic, et aux indications et moyens thérapeutiques qu'il réclame.

---

(1) *Gazette médicale de Paris*, 2 mars 1850, page 166.

Aujourd'hui que l'honorable académicien reproduit son Mémoire (1) et que je ne suis plus retenu par les motifs qui autrefois avaient retenu ma revendication, je crois devoir aussi rappeler le mien. Modestement inséré dans un journal de Médecine de fraîche date (2), travail d'un simple praticien, il n'avait pas eu pour se faire connaître le grand jour d'une tribune académique. Ceci soit dit pour écarter tout soupçon que M. Depaul, à la probité scientifique duquel je me plais à rendre toute justice, a pu ne pas connaître mon œuvre qui avait précédé le sien de huit ans ; je ne puis d'ailleurs que me féliciter de voir mes appréciations corroborées par celles d'un aussi honorable et savant confrère.

Exhumons donc notre Mémoire des catacombes du journal où il dormait depuis dix-huit ans. Textuellement reproduit, nous le ferons suivre de quelques remarques propres à montrer l'analogie, l'identité qui existent entre ce que nous avions dit et ce qu'a répété M. Depaul, et pour signaler les quelques points particuliers de différence que présente notre observation, mais qui ne changent en rien les appréciations qu'elle nous avait inspirées.

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, 18 mai 1850, page 324.

(2) *Annales d'Obstétrique et des Maladies des Femmes et des Enfants*, 1842, page 178.

MÉMOIRE

SUR

LA RÉTENTION D'URINE

CHEZ LE FŒTUS,

PAR SUITE D'IMPERFORATION DES CANAUX EXCRÉTEURS,

Par M. le Dr DUPARCQUE.

Madame Aubrée, demeurant rue du Temple, n° 58, parvenue au huitième mois d'une deuxième grossesse qui n'avait présenté rien de remarquable, fut prise des douleurs de l'enfantement dans l'après-midi du 7 décembre 1840. Après cinq heures environ de travail, la tête du fœtus sortit, les épaules s'engagèrent dans l'excavation du bassin ; puis, rien n'avançant plus, on reconnut que le col était étranglé par plusieurs tours du cordon ombilical ; on le dégagea de ces entraves, et néanmoins ce fut avec beaucoup de peine, et aidée des efforts soutenus de la mère, que la sage-femme, madame Marguerit, ayant accroché les aisselles avec les doigts, put amener le tronc et terminer l'accouchement.

L'enfant, du sexe masculin, qui peu de temps avant les dernières douleurs, avait encore donné des signes manifestes de vie, était mort. On attribua cette mort à la précocité de l'accouchement, à l'enroulement du cordon ombilical qui faisait trois fois le tour du cou. La rétention du tronc de l'enfant après la sortie de la tête, et les efforts que l'on dut

faire pour la délivrance complète, auront sans doute contribué à ce funeste résultat. Au reste, cet enfant était remarquable par le volume que présentait l'abdomen, cause de l'arrêt du travail, et des difficultés que l'on avait éprouvées pour le terminer.

Appelé à constater ce décès, en ma qualité de médecin de l'État civil, je recueillis les renseignements qui précèdent et remarquai l'état suivant ;

Le cordon ombilical, assez grêle, avait quatre-vingt-quinze centimètres de long. L'enfant, ayant tout le développement qu'il présente d'ordinaire à huit mois, époque présumée de son âge, était généralement décoloré, mais à chairs fraîches et fermes. Je fus surtout frappé du volume et de la forme anomales de l'abdomen. Il était développé comme dans les cas d'ascite ; mais ce développement portait principalement sur les deux tiers inférieurs, les régions hypocondriaques, ou costales, y prenaient peu de part. Il présentait en outre deux proéminences latérales qui ajoutaient encore à ses dimensions transversales. Ces proéminences soulevaient les flancs et faisaient saillie entre les rebords des côtes et les crêtes iliaques, région dont l'écartement se trouvait plus grand que dans l'état normal. Ces tumeurs avaient le volume et la forme d'un œuf de poule ; elles étaient placées verticalement. La droite de ces tumeurs était un peu plus volumineuse, plus molle, et sur un plan plus inférieur que celle du côté gauche.

Elles offraient une certaine mobilité, pouvaient être déplacées de quelques millimètres sous les parois abdominales d'arrière en avant et de haut en bas, et réciproquement. Cette mobilité empêchait d'y reconnaître bien distinctement la fluctuation que faisait présumer un certain état de mollesse.

Ce signe, la fluctuation, était très manifeste dans la grande tuméfaction abdominale, qui cependant présentait un certain degré de rénittance que l'on n'observe pas généralement dans les ascites ou épanchements péritoneaux congéniaux.

D'après cette disposition, l'abdomen de ce fœtus présentait dix ou douze centimètres transversalement, et de sept à huit d'avant en arrière.

L'ouverture du cadavre fit voir que ces intumescences étaient formées, la moyenne par la vessie, les latérales par les reins.

La vessie, énormément distendue, eu égard au volume du fœtus, remplissait complétement les régions hypogastriques et pelvienne; elle avait refoulé en haut et en arrière la masse des intestins. Jusqu'au niveau du trou ombilical, elle était en contact immédiat avec les parois abdominales, le péritoine se réfléchissant de la région sus-ombilicale sur le fond de la vessie. Il n'existait aucune trace d'ouraque entre ce viscère et l'ombilic, avec lequel il paraissait comme adhérent. Plus tard, je ne pus non plus trouver en cet endroit de dépression à la surface interne de la vessie qui indiquât l'ancienne origine de ce conduit.

Les uretères du volume d'une plume d'oie à leur insertion à la vessie, s'élargissaient insensiblement jusqu'aux bassinets. Les reins se trouvaient immédiatement appliqués sur les côtés de la vessie, qui les avait déplacés et refoulés en dehors.

Le rein droit était converti en une vésicule membraneuse transparente; le gauche, moins volumineux, n'était vésiculeux que dans sa moitié supérieure; l'autre partie représentait des mamelons membraneux, transparents, qui lui donnaient l'aspect de la masse bulleuse que fait l'eau de savon quand on la fait mousser en y insufflant de l'air avec un chalumeau. Ces mamelons, dont les supérieurs avaient le volume du bout du doigt, diminuaient à mesure qu'ils approchaient de la partie inférieure du rein, laquelle avait seule conservé ou acquis quelques vestiges de l'organisation parenchymateuse ou corticale.

La compression de la vessie ne put rien faire refluer par l'urètre.

Ce réservoir, ainsi que les uretères et les poches et cellules

en lesquelles les reins étaient transformés, contenant un fluide transparent, légèrement citroné, clair dans la vessie, faiblement laiteux dans les reins. La vessie ayant été ouverte, on parvint à y faire refluer le fluide qui distendait les reins en les comprimant.

Une petite algalie pénétra facilement dans le canal de l'urètre jusqu'au col de la vessie, mais là elle fut arrêtée; son extrémité soulevait intérieurement la membrane muqueuse vésicale, qui ne présentait aucune trace d'ouverture ; une injonction poussée dans le canal de l'urètre ne put non plus arriver que jusqu'au col de la vessie. Il y avait une imperforation complète en cet endroit.

Les parois de la vessie, épaisses relativement à l'extrême distension qu'elles avaient éprouvées, paraissaient hypertrophiées.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Remarques et réflexions. — L'imperforation de l'orifice vésical du canal de l'urètre rend raison des dispositions particulières que la vessie, les uretères et les reins ont présentées chez cet enfant. Il y a eu rétention d'urine, d'abord dans la vessie, et, de proche en proche, dans les reins. De là l'énorme et anormale distension que présentait la vessie et les transformations des reins.

Cette disposition des reins, en partie vésiculeux, en partie convertis en cellules lobulaires, est absolument semblable à celle que présentent ces organes chez les adultes, et plus particulièrement chez les vieillards, dont le cours des urines a été empêché près de leur source par la présence de concrétions calculeuses. Je l'ai observé mainte fois à l'ouverture des cadavres de vieillards qui moururent à l'hospice de Bicêtre pendant que j'y faisais le service d'interne (1811), et dont les bassinets étaient encombrés de masses calculeuses.

La 53e observation de l'excellent ouvrage de Billard sur les maladies des enfants présente un fait qui témoigne de cette analogie entre les effets de la rétention d'urine dans les reins chez le fœtus et ceux qu'on observe chez les adultes ou

les vieillards : « Un enfant qui mourut un mois après sa naissance, en proie à une diarrhée rebelle et à des vomissements abondants, portait à la région lombaire gauche une tumeur arrondie, molle au toucher. L'autopsie montra que cette tumeur était formée par le rein gauche, qui consistait en une masse de cellules, comme de petits hystes pleins de fluide inodore. Ces hystes communiquaient tous entre eux et beaucoup s'ouvraient dans le bassinet, qui lui-même était rempli d'un fluide semblable. L'uretère, bien développé près de la vessie, dégénérait, en remontant vers le rein, en deux petits cordons imperforés qui se subdivisaient en filaments pour se perdre dans le bassinet. Celui-ci formait un véritable cul-de-sac sans débouché (1). »

Le même ouvrage offre en outre, dans la 54e observation, un fait qui a la plus grande ressemblance avec le nôtre, relativement à l'obturation du canal de l'urètre et à la rétention d'urine consécutive dans la vessie, les uretères et les reins, et aux effets qu'elle a produits dans ces organes excréteurs.

« Le ventre d'un enfant mort-né à terme, excessivement ballonné, formait une tumeur arrondie très saillante. A l'autopsie on trouva une vaste poche qui remplissait toute cette cavité ; c'était la vessie. L'orifice interne de l'urètre n'existait pas. Le mandrin délié d'une sonde de femme pénétrait jusqu'à un demi-pouce seulement du méat urinaire. A partir de là, le canal se rétrécissait graduellement, allait en s'oblitérant et finissait par ne plus consister qu'en un filament allongé, étroit et perdu dans le tissu cellulaire du périnée. Les uretères étaient larges ; les reins, gros comme un œuf de poule, offraient la même structure lobuleuse et vésiculeuse que dans l'observation précédente. Mais ces lobules, moins gros, étaient en partie recouverts de substance corticale (2).

On pourrait croire que cette vésiculation des reins ne

---

(1) Billard, *Traité des Maladies des Enfants*, p. 434.

(2) *Loc. cit.*, p. 434.

s'opère pas de même chez le fœtus que dans la vie extra-utérine, alors que les organes ont acquis leur complet développement. On sait que dans les premiers mois de la gestation les reins sont composés d'un nombre plus ou moins considérable de lobules vésiculeux, communiquant entre eux assez largement, agglomérés les uns aux autres par un tissu lâche qui permet de les isoler assez facilement. Ce n'est que du quatrième au cinquième mois que ces lobules se confondent, que leur ouverture de communication se rétrécit et que la substance corticale se forme. Il est donc possible que les rétentions d'urine dans les reins, par suite de quelque vice de conformation analogue à ceux des observations précédentes, ayant lieu bien avant que ces organes ne soient complétement développés, du quatrième au cinquième mois, par exemple, il est possible, disons-nous, que cette rétention ait alors pour effet d'entretenir les lobules dans l'état vésiculeux primitif. Cependant force serait toujours d'admettre que le liquide retenu a, par son accumulation progressive, une part active dans la distension, puisque les reins se trouvent parfois transformés, en partie si ce n'est en totalité, en une large poche, comme le prouve notre observation.

Cette rétention peut aussi avoir pour le fœtus des résultats pathologiques semblables à ceux qu'elle produit pendant la vie extra-utérine : « l'oblitération dans une étendue plus ou moins considérable du canal de l'urètre, s'observe chez les enfants nouveau-nés comme chez les adultes, a dit le professeur Cruvelhier (1); dans ces deux cas, il y a fistule urinaire chez ceux-ci, hypospadias, épispadias, fistule ombilicale chez les enfants. »

On ne saurait maintenant élever de doutes sur la nature du fluide sécrété par les reins pendant la vie intra-utérine. L'analyse chimique démontre que ce fluide contient, quoique à un degré plus ou moins faible, des sels urinaires. A défaut de

(1) *Dictionnaire de Médecine-pratique*, article *adhérence et adhésion*, t. I, p. 351.

cette analyse, la présence de ces sels est démontrée par les faits pathologiques. Dans la 53[e] observation de Billard on trouva dans la vessie de l'enfant une grande quantité de graviers fins comme du sable. M. Denis (1) dit avoir souvent trouvé des graviers dans les conduits urinaires et dans l'urine des nouveau-nés.

Dans les cas sus-rapportés de rétention de liquide et de distension consécutive des reins et de la vessie par suite d'imperforation des conduits urétraux et urétéraux, il y a donc eu rétention d'urine, et non simplement hydropisie, comme porterait à l'indiquer cette expression appliquée par Billard à ces sortes d'épanchements.

Toutes ces observations ne démontrent-elles pas avec la dernière évidence que l'excrétion de l'urine a lieu chez le fœtus. Ce fait physiologique, que Meckel avait le premier établi, et qui depuis a été chaudement contesté, est donc maintenant acquis à la science embryologique.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la physiologie fœtale, que notre observation nous a paru digne d'être publiée. Elle soulève des considérations pratiques importantes sous le point de vue obstétrical et relativement aux indications chirurgicales que réclame l'espèce de vice de conformation qui en est le sujet.

En effet, la rétention d'urine chez le fœtus peut être cause de dystocie, en donnant à l'abdomen un volume disproportionné avec les diamètres des voies de la parturition. J'ai dit les difficultés qui, chez le sujet de l'observation sus-décrite, se présentèrent pour l'extraction du corps après la sortie de la tête et l'engagement des épaules. Et cependant l'enfant n'était qu'à huit mois. N'est-il pas probable que si l'accouchement fût venu à terme, ces difficultés eussent été plus considérables, et peut-être même insurmontables par les seuls secours manuels, par suite du plus grand développement que la vessie, et partant l'abdomen, eussent alors acquis. Il est à

(1) *Maladies des Enfants.*

regretter que, dans l'observation rapportée par Billard, et dans laquelle l'enfant né à terme offrait un développement énorme de la vessie, cet auteur n'ait pas fait mention des circonstances qu'a dû présenter l'accouchement dans ce cas.

La connaissance de cette cause de dystocie serait facile à obtenir quant à la constatation du développement anormal et plus ou moins monstrueux de l'abdomen, et aussi quant à l'existence d'un épanchement de liquide. Mais il serait difficile, impossible même, de reconnaître le siége de cet épanchement, s'il est dans le péritoine ou dans la vessie, en un mot, s'il y a hydropisie ascite ou rétention d'urine. Il est vrai que dans ce dernier cas, l'épanchement comme enkysté par la vessie développe l'abdomen moins généralement que l'ascite, ainsi qu'on l'a remarqué dans notre observation, et que la tumeur qu'il forme est plus résistante. Mais ce sont là des signes trop peu saillants pour éclairer positivement le diagnostic différentiel de ces deux états pathologiques, soit pendant le travail d'enfantement, soit même sur le nouveau-né. Peu importe, au reste, pour les indications, qui sont les mêmes dans les deux cas, savoir l'évacuation du liquide épanché au moyen d'une ponction pour réduire le volume de l'abdomen, afin de favoriser la délivrance. Dans le doute, il faudrait, en pratiquant cette opération, la faire dans la prévision de la rétention urinaire vésicale; ainsi 1° au voisinage de l'anneau ombilical, si on ne pouvait atteindre plus près de la partie inférieure de la région hypogastrique, pour éviter le péritoine que nous avons vu se réfléchir de la région susombilicale sur la vessie; 2° du côté gauche de cet anneau, plutôt qu'à droite, afin d'épargner le foie, qui descend très bas chez le fœtus.

La rétention d'urine n'est pas une cause essentielle de mort pour l'enfant, puisqu'elle n'a pas empêché celui cité par Billard d'arriver à terme, et que le nôtre, vivant encore quelques instants avant la délivrance, n'a dû sa mort qu'à des causes étrangères à cet épanchement considéré en lui-même. Loin de porter atteinte à l'existence de l'enfant, par

opération faite avec les précautions indiquées, on se ménage ainsi les moyens de la lui conserver. Et, en effet, ou la cause de la rétention d'urine n'est pas susceptible d'être détruite, et alors l'ouverture artificielle supplée au cours normal ; on imite d'ailleurs par ce procédé celui dont la nature se sert quelquefois pour obvier à la rétention d'urine chez le fœtus, savoir la formation d'une fistule ombilicale (1) ; ou bien le vice de conformation n'est pas hors de la puissance de la chirurgie, comme quand l'occlusion du canal de l'urètre est peu étendue ou simplement membraneuse, ainsi que notre observation en offre un exemple, et alors il serait facile de rétablir le cours normal des urines en détruisant cet obstacle. Mais comment reconnaîtrait-on, après la naissance de l'enfant, que l'épanchement, auquel on a donné issue par la ponction, pour obtenir la délivrance, avait son siége dans la vessie ? Soit donc que l'ouverture artificielle se fermant, l'épanchement se reproduise, soit qu'elle continue à donner issue à un liquide, si en même temps il y avait absence d'écoulement d'urine par le canal de l'urètre, ce serait alors une grande présomption sur l'existence d'une rétention d'urine par occlusion de l'urètre. L'injection, ensuite l'introduction d'une algalie dans le canal confirmeraient cette présomption ; ce dernier moyen indiquerait à quelle profondeur existe l'obstacle, en même temps que le doigt introduit dans l'anus, et promené le long de la racine de la verge, pourrait renseigner sur ses limites du côté du col de la vessie.

C'est également par ces signes que l'on pourrait distinguer, sur un enfant qui serait né avec un épanchement abdominal, sans qu'on ait eu besoin de le détruire pour terminer l'accouchement, s'il appartient à une ascite ou à une rétention vésicale.

Dans les cas plus ou moins analogues à celui qui fait le sujet de ce Mémoire, c'est-à-dire dans lesquels l'occlusion serait membraneuse ou peu étendue, il suffirait de remplacer

---

(1) Cruveilhier, *Loc. cit.*

la sonde exploratrice par une sonde à dard, que l'on ferait agir dans la direction du canal ; puis, la voie étant ouverte, on l'entretiendrait, à l'aide de bougies ou de sondes, en tissu élastique et de volume gradué.

Si l'occlusion de l'urètre était telle qu'il ne fût pas possible de rétablir la continuité de ce canal, il resterait encore la ressource de fournir une voie artificielle d'écoulement des urines, soit en entretenant l'ouverture qui aurait été faite pendant le travail, ou, dans le cas contraire, en en établissant une, soit sur la ligne blanche, au-dessus du pubis, ou mieux encore à travers le rectum, comme on l'a déjà proposé.

Mais n'y aurait-il pas plus d'avantages et moins d'inconvénients à ouvrir cette voie artificielle à travers le périnée. Le peu d'épaisseur de cette région chez le nouveau-né rendrait cette méthode facile ; elle offrirait l'avantage, en cas que l'obstacle au cours normal des urines se trouvât plus ou moins en-deçà du col de la vessie, de permettre à l'excrétion d'avoir lieu périodiquement et volontairement.

Je ferai une dernière remarque sur les occlusions congéniales des voies d'excrétion de l'urine Ce vice de conformation paraît plus spécialement affecter les garçons. Les observations de Billard ont pour sujet des enfants mâles ; la nôtre a aussi été fournie par un fœtus du sexe masculin. C'est aussi plus particulièrement chez des enfants mâles que l'on observe les imperforations de l'anus et du rectum. J'ai vu, dans ma longue pratique, six nouveau-nés affectés de ces derniers vices de conformation ; tous six étaient des garçons.

Voilà donc bien un cas de rétention d'urine chez le fœtus, provenant d'un obstacle à son excrétion, l'imperforation de l'orifice vésical de l'urètre. Mais ici l'accumulation progressive du liquide ne s'était pas bornée à la vessie, comme dans l'observation de M. Depaul, et dans un autre fait que nous

avons recueilli depuis : elle s'étendait aux uretères et aux reins eux-mêmes transformés en poches membraneuses..... On peut attribuer cette extension à la résistance des parois hypertrophiées de la vessie, et occasionnant la stagnation, le reflux de l'urine vers son origine sécrétante.

Nous n'avons mentionné qu'un fait analogue : le seul que nous aient fourni les archives de la science, est décrit par Billard (*Maladies des Enfants*).

On peut se demander comment dans ces cas d'effacement, de destruction du parenchyme des reins, la sécrétion urinaire a pu continuer? Mais était-ce bien de l'urine qui aurait fourni aux progrès de l'épanchement? ne proviendrait-il pas, en partie du moins, d'une hypersécrétion séreuse produite par de vastes surfaces de plus en plus étendues?...

Quoi qu'il en soit, une première remarque se présentait, savoir : que la sécrétion urinaire s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale (voir page 11), ainsi que l'a aussi formulé M. Depaul dans sa première conclusion.

Depuis, notre opinion s'est trouvée confirmée par un nouveau cas. Il s'agissait d'un fœtus de 5 à 6 mois, qui était, pour ainsi dire, tout ventre, tant l'abdomen énormément distendu, relativement à l'âge, masquait presque un corps et des membres très grêles.—La délivrance fut longue, difficile... En voyant ce fœtus, je crus d'abord à une ascite, mais l'autopsie montra que le siége de l'épanchement était la vessie... Il y avait aussi imperforation du canal de l'urètre.

M. Depaul avance que le diagnostic de cet état pathologique est facile, parce que l'ascite avec laquelle seule, il pourrait être confondu, est bien plus rare chez le fœtus. C'est là une base bien faible et contestable. Si nous nous en rapportions à nos observations qui embrassent près d'un demi-siècle de pratique, nous émettrions une opinion opposée. Tandis que nous n'avons vu que deux cas de rétention d'urine, nous avons constaté cinq ascites dont deux assez développées pour avoir rendu l'accouchement laborieux, et cependant les enfants n'étaient pas généralement à terme.

Il résulte des faits qui nous sont propres, de ceux que nous avons trouvés chez nos prédécesseurs, que ce genre de vice de conformation affecterait spécialement les garçons.— L'observation de M. Depaul en est un nouveau témoignage.

Nous avons rappelé que ce genre d'altération des voies urinaires ne compromettait pas nécessairement la viabilité de l'enfant; et nous avons établi les indications thérapeutiques qu'il impose, et dit les moyens qu'il réclame, les précautions à prendre dans leur emploi, pour écarter cette cause de dystocie, ou propres, après la naissance, à rétablir ou remplacer les voies d'excrétion urinaire.

Ainsi, sur tous les points, nous n'avions laissé rien à dire de nouveau sur la rétention d'urine chez le fœtus.

Ainsi nous avions clairement exprimé et suffisamment établi les données suivantes, dès lors acquises à la science :

1° Établissement de la sécrétion urinaire à une époque peu avancée de la vie fœtale. (Fait physiologique) ;

2° La rétention d'urine par obstacle congénital à son excrétion ; d'où distension progressive de la vessie dont les parois, nonobstant ce, s'hypertrophient. (Fait pathologique et Anatomo-pathologique) ;

3° La distension vésicale, cause d'accouchement laborieux (Obstétrique) que l'art peut détruire. (Dystocie) ;

4° Possibilité de conserver la vie à l'enfant né avec ce vice de conformation, par le rétablissement des voies naturelles d'excrétion, ou suppléance. (Thérapeutique chirurgicale).



Paris. — Typ. JULES-JUTEAU, rue Saint-Denis, 341,

Tight gutters throughout